Deutscher Bundestag **Drucksache 15/2291**

15. Wahlperiode 30. 12. 2003

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr. Heinrich L. Kolb, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 15/2215 –

Ambulante Versorgung in den neuen Bundesländern

Vorbemerkung der Fragesteller

Es mehren sich die Anzeichen dafür, dass die ambulante Versorgung in den neuen Bundesländern ganz besonders in den ländlichen Regionen gefährdet ist. Daran ändert auch die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren vom Grundsatz her nichts. Im Zusammenhang mit dem sich insgesamt abzeichnenden Ärztemangel, der die Bereitschaft, in diesen Regionen tätig zu sein, noch einmal deutlich reduzieren dürfte, entsteht eine schwierige Lage, der so früh wie möglich gegengesteuert werden muss.

1. Wie ist das zahlenmäßige Verhältnis Ärzte/Einwohner in den neuen Bundesländern gegenüber den alten Bundesländern?

Im Jahr 2002 wurden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung insgesamt 129 478 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte gemeldet. Hiervon entfielen 109 466 auf das frühere Bundesgebiet und 20 012 auf die neuen Länder. Bezogen auf die Bevölkerungsdichte ergibt sich hieraus für Deutschland insgesamt ein Durchschnitt von 637 Einwohnern pro Arzt. Die entsprechenden Werte liegen im früheren Bundesgebiet bei 629 Einwohnern pro Arzt und in den neuen Ländern bei 683 Einwohnern pro Arzt.

Die Anzahl der an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Ärzte hat sich von 1991 bis zum Jahr 2002 deutlich, nämlich um insgesamt rd. 27 % erhöht.

Dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) liegen zusätzlich internationale Vergleichsdaten für das Jahr 2000 vor, die Ärztedichteziffern für die ambulante und stationäre Versorgung ausweisen. Für das gesamte Bundesgebiet lag die Relation bei rd. 279 Einwohnern je Arzt, für das frühere Bundesgebiet bei rd. 267 und für die neuen Länder bei rd. 353. Der EU-Durchschnitt lag bei 324.

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 23. Dezember 2003 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

2. Ist nach Einschätzung der Bundesregierung die Morbidität in den neuen Bundesländern signifikant höher als in den alten Bundesländern?

3. Gibt es Indikatoren hierfür und wie ist dieser Sachverhalt gegebenenfalls zu begründen?

6. Gibt es zwischen den neuen und den alten Bundesländern aufgrund der Morbidität der Bevölkerung Unterschiede in der durchschnittlichen Schwere der jeweiligen Erkrankungen und damit auch der Fälle?

In Deutschland gibt es keine Morbiditätsstatistik, die regelmäßig und systematisch den Gesundheitszustand der Bevölkerung erfasst. Informationen über die Morbidität sowie Unterschiede zwischen früherem Bundesgebiet und neuen Ländern liegen aus Einzelstudien und dem nationalen Gesundheitssurvey vor. Überdies hat das frühere Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2000 ein Gutachten zur Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung in Auftrag gegeben, in dessen Rahmen u. a. auch Informationen über die Morbidität ermittelt wurden. Diese – im Folgenden zusammenfassend dargestellten – Daten stellen nur recht grobe Indikatoren dar und können aufgrund methodischer Einschränkungen als Anhaltspunkte, nicht aber als exakte Maße für den tatsächlichen Versorgungsbedarf interpretiert werden.

Zwölf Monatsprävalenzen ausgewählter Krankheiten

Im Rahmen des Healthcare Access Panels wurden für die folgenden Erkrankungen die zwölf Monatsprävalenzen nach Ländern erfasst: Herzschwäche, Hypertonie, Angina pectoris, Insulinpfl. Diabetes, Schmerzen des Bewegungsapparates, Arthrose/Arthritis, Osteoporose, Bronchitis, Asthma, Allergien, Krebs, Migräne, Kopfschmerz.

Überdurchschnittliche Erkrankungshäufigkeiten in den neuen Ländern sind vor allem feststellbar für Hypertonie, Angina pectoris und Diabetes. In den alten Ländern sind demgegenüber Herzschwäche, Schmerzen des Bewegungsapparates, Arthrose, Bronchitis, Asthma, Allergien und Kopfschmerzen stärker verbreitet, wie auch multimorbide Krankheitsbilder.

Krankenhausfälle je 10 000 Einwohner nach Diagnosekapiteln und Bundesländern

Die Krankenhausfälle werden in der o. g. Studie nach insgesamt 17 Kapiteln und einer Restkategorie ausgewiesen. Für alle Diagnosen ergeben sich im Bundesdurchschnitt 1 956,6 Krankenhausfälle je 10 000 Einwohner. Außer in Sachsen liegt die Zahl der Krankenhausfälle in allen anderen neuen Ländern leicht über dem Durchschnittswert. Dies trifft aber auch für vier Länder im früheren Bundesgebiet zu.

Auffällig in den neuen Ländern sind überdurchschnittliche Fallzahlen bei Neubildungen, bei Stoffwechselerkrankungen, Erkrankungen des Kreislaufsystems und der Atmungsorgane sowie bei Erkrankungen der Verdauungsorgane. Überdies weisen die neuen Länder überdurchschnittliche Fallzahlen in der Gruppe der Unfälle, Gewalttaten und Suizide auf.

Kontaktraten

Die zusätzlich erfassten Kontaktraten, d. h. die Anzahl der Personen pro 100 Einwohnern, die in den letzten zwölf Monaten mit einem Arzt Kontakt hatten, für Allgemeinärzte, Internisten, Gynäkologen und sonstige Ärzte liefern einen Bundesdurchschnitt für Allgemeinärzte von 66 Kontakten, für Internisten von 13,7, für Gynäkologen von 55,9 (nur für Frauen) und für die sonstigen Ärzte von 36,3.

Die Kontaktraten bei Allgemeinärzten sind in allen neuen Ländern höher (zwischen 68,5 und 71,6) als im Bundesdurchschnitt, bei Internisten sind sie niedri-

ger (zwischen 10,0 und 13,0), bei Gynäkologen sind sie höher (zwischen 59,1 und 63,5) und bei den sonstigen Ärzten liegen sie in drei der neuen Länder ebenfalls höher.

Auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat sich im Gutachten des Jahres 2000/2001 „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit" im Rahmen seiner Erhebungen zu Über-, Unter- und Fehlversorgung mit Unterschieden zwischen dem früheren Bundesgebiet und den neuen Ländern beschäftigt. Insoweit wird insbesondere auf die Ausführungen in der Kurzfassung Band III, Ziffer 73 ff., verwiesen.

Bei der Bewertung dieser groben Indikatoren ist zu berücksichtigen, dass die Lebenserwartung in den neuen Ländern seit 1991 weit überdurchschnittliche Steigerungsraten aufweist. Internationale Vergleichsstudien (von OECD, Eurostat, BASYS) belegen dies. So liegt der Zuwachs der Lebenserwartung für 70-jährige Männer im EU-Durchschnitt zwischen 1991 und 1999 bei 6 %, für gleichaltrige Frauen bei 5,5 %. Die Vergleichswerte für die neuen Länder liegen bei 12,6 % für Männer und 12,3 % für Frauen und bestätigen sich von der Tendenz her auch bei Betrachtung jüngerer Alterskohorten. Wenngleich für die Steigerung der Lebenserwartung eine Vielzahl – auch nicht medizinisch beeinflussbarer – Faktoren verantwortlich ist, ist davon auszugehen, dass ein erheblicher Anteil dieser Steigerung auch auf die seit der Wiedervereinigung verbesserte Versorgungssituation und -qualität zurückführbar ist.

4. Wie viele Fälle (bezogen auf Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV) hat ein Arzt in den neuen Bundesländern und in den alten Bundesländern im Durchschnitt pro Jahr zu betreuen?

5. Wie hoch ist die durchschnittliche Vergütung in den neuen und in den alten Bundesländern, die ein Arzt für einen Fall erhält?

Die Beantwortung erfolgt auf der Basis der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für das Jahr 2001 zur Verfügung gestellten Daten. Im Jahr 2001 lag die durchschnittliche Zahl der Fälle je Arzt in den neuen Ländern bei 5 621, in den alten Ländern bei 4 777. Wird diese Fallzahl auf die durchschnittlichen Umsätze je Arzt aus der Leistungsabrechnung mit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2001 bezogen, so ergibt sich ein durchschnittlicher Umsatz je Fall von 41,88 Euro in den alten und 31,95 Euro in den neuen Bundesländern.

Dabei ist zu beachten, dass erhebliche Unterschiede der Fallzahlen zwischen den einzelnen Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen in den neuen und den alten Ländern bestehen: So betrug die Bandbreite der Fallzahlen in den neuen Ländern im Jahr 2001 4 984 (Mecklenburg-Vorpommern) bis 5 834 (Sachsen). In den alten Ländern reichte die Bandbreite von 3 994 (Südbaden) bis 5 593 (Niedersachsen). Für eine Beurteilung des Leistungsvolumens der Ärzte sind die Fallzahlen zudem nur bedingt aussagefähig, da auch der Umfang der pro Behandlungsfall abgerechneten Leistungen regional sehr stark variiert.

7. Wie beurteilt die Bundesregierung, gemessen an diesen Daten, die Unterschiede bei der Vergütung der Ärzte in den neuen und den alten Bundesländern und welche Maßnahmen werden über die geringfügige Anpassung durch das GKV-Modernisierungsgesetz hinaus eingeleitet, um die Divergenz zu beseitigen?

Für eine Beurteilung der Umsatz- bzw. Einkommenssituation der Ärzte sind nicht die Vergütungen je Fall maßgeblich, sondern die Honorare je Arzt: Der

durchschnittliche Umsatz je Vertragsarzt aus der Leistungsabrechnung mit der GKV lag im Jahr 2001 in den alten Ländern bei ca. 200 000 Euro, in den neuen Ländern bei rd. 179 600 Euro. Um Aussagen über die Einkommenssituation (Praxisüberschuss) der Vertragsärzte in den neuen Ländern treffen zu können, müssen die Kosten (Betriebsausgaben) der Praxen in die Betrachtung einbezogen werden. Entsprechende Angaben werden regelmäßig durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) in sog. Kostenstrukturerhebungen ermittelt und veröffentlicht. Werden die vom ZI ermittelten durchschnittlichen Anteile der Betriebsausgaben an den Praxisumsätzen auf die durchschnittlichen GKV-Umsätze der KBV-Statistik bezogen, ergibt sich für das Jahr 2001 ein durchschnittlicher Überschuss je Arzt aus GKV-Umsätzen von 74 882 Euro in den neuen Ländern; das sind 90,4 % des entsprechenden Wertes von 82 826 Euro in den alten Ländern. Unter Berücksichtigung der psychologischen Psychotherapeuten liegen die Überschüsse bei 75 351 Euro in den alten bzw. 73 012 Euro in den neuen Ländern. Daraus ergibt sich eine Ost-West-Relation von 96,9 %.

Demgegenüber lag das durchschnittliche beitragspflichtige Einkommen der Mitglieder der Krankenkassen (Grundlohn) in den neuen Ländern im Jahr 2001 bei 15 563 Euro je Mitglied und damit bei rd. 79 % des entsprechenden Wertes in den alten Ländern von 19 793 Euro. Aktuellere Analysen der Bruttomonatsverdienste von Arbeitnehmern/-innen im Produzierenden Gewerbe, im Handel und im Kredit- und Versicherungsgewerbe des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2002 zeigen, dass die Ost-West-Verdienstrelationen für Arbeitnehmer bei 72,2 %, für Arbeiter bei 73,9 % und für Angestellte bei 73,5 % liegen.

Die Vergütungssituation der Ärzte in den neuen Ländern muss insbesondere auch vor dem Hintergrund der spürbaren Honorarerhöhungen bewertet werden, die sich in den Jahren 2002 und 2003 durch das Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips ergeben: Diese Honorarerhöhungen sind in den o. g. Daten zu den ärztlichen Honoraren noch nicht enthalten. An den aktuellen Daten der Krankenkassen zur Ausgabenentwicklung für Arzthonorare sind die Auswirkungen jedoch bereits ablesbar: So sind im Jahr 2002 die Ausgaben der GKV je Mitglied für die Vergütung der Ärzte in den neuen Ländern um 5,3 % gestiegen. Dieser Zuwachs liegt deutlich über der Zuwachsrate von 1,3 % in den alten Ländern. Dieser Trend setzt sich auch im Jahr 2003 fort. Nach den vorläufigen Rechnungsergebnissen für die ersten drei Quartale 2003 liegen die entsprechenden Steigerungsraten hier bei rd. 1,7 % in den alten und 4,7 % in den neuen Ländern. Auch im Jahr 2004 kann es aufgrund der Regelungen des o. g. Gesetzes zu weiteren Honoraranpassungen in den neuen Ländern kommen.

Eine weitere Verbesserung der Situation wird sich durch die Regelungen des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) ergeben, welches in den Jahren 2004 bis 2006 eine Erhöhung der Gesamtvergütungen in den neuen Ländern um zusätzlich insgesamt 3,8 % vorsieht. Bezogen auf die Ausgaben der GKV für die ambulante ärztliche Behandlung in den neuen Ländern im Jahr 2002 entspricht dies einem zusätzlichen Vergütungsvolumen in Höhe von rd. 120 Mio. Euro für die Ärzte in den neuen Ländern. Für „Sicherstellungsprämien“ in Form von Zuschlägen zum Honorar (siehe Antwort zu Frage 10) können in den neuen Ländern pro Jahr zudem bis zu 15 Mio. Euro zusätzlich zum bisherigen Honorarvolumen gezahlt werden.

Nicht zuletzt muss die Situation der ambulanten ärztlichen Versorgung in den neuen Ländern im Zusammenhang mit den Auswirkungen bewertet werden, die die im GMG vorgesehene Neuregelung des vertragsärztlichen Vergütungssystems – die Ablösung der auf Kopfpauschalen basierenden Gesamtvergütungen durch morbiditätsorientierte Regelleistungsvolumina – auf die vertragsärztliche

Versorgung und die Vergütungssituation der Ärzte in den neuen und alten Ländern haben wird.

Die Bundesregierung geht davon aus, dass durch die o. g. bestehenden gesetzlichen Regelungen insgesamt eine verlässliche Grundlage für die Angleichung des Vergütungsniveaus in den neuen Ländern an das Niveau in den alten Ländern geschaffen wird.

8. Wie unterscheidet sich die Versichertenstruktur differenziert nach gesetzlich und privat Versicherten zwischen den neuen und alten Bundesländern, und wie stark unterscheiden sich damit die Gesamteinkommen?

Im Jahr 2002 lebten 13,617 Millionen Menschen in den neuen Ländern, hiervon waren 11,889 Millionen in der GKV versichert. Im früheren Bundesgebiet lag der Bevölkerungsstand bei 68,920 Millionen Menschen, hiervon waren 58,885 Millionen GKV-versichert. Für das frühere Bundesgebiet ergibt sich hieraus ein GKV-Versichertenanteil von rd. 85 %, für die neuen Länder liegt der Anteil mit rd. 87 % nur leicht höher.

Die private Krankenversicherung weist in ihren finanziellen und statistischen Berichten die Zahl der Versicherten und der Ausgaben nicht getrennt für alte und neue Länder aus. Da neben privater und gesetzlicher Krankenversicherung weiterhin Sondersysteme existieren und auch ein geringer Anteil von (i. d. R. überdurchschnittlich wohlhabenden) Menschen nicht krankenversichert ist (Mikrozensus), lässt sich aus den o. g. Angaben der genaue Anteil privat Versicherter nicht errechnen. Dieser ist im früheren Bundesgebiet generell höher als in den neuen Ländern, variiert jedoch auch hier regional stark.

Aus der Kostenstrukturanalyse des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) lassen sich näherungsweise Angaben über den privatärztlichen Abrechnungsanteil der ambulanten Arztpraxen in Ost und West errechnen. Das ZI hat Durchschnittsberechnungen für die Jahre 1997 bis 1999 vorgelegt, die auf ausgesprochen kleinen Stichproben basieren und hierdurch in ihrer Repräsentativität deutlich eingeschränkt sind. Hieraus ist ermittelbar, dass der Anteil privatärztlich erzielter Umsätze im früheren Bundesgebiet zwischen rd. 14 % und rd. 19 % schwankt, wobei die niedrigeren Anteile auf umsatzstärkere Praxen entfallen. In den neuen Ländern schwanken die entsprechenden Anteile zwischen rd. 7 % und 8 %.

Da aktuellere Zahlen nicht vorliegen, kann zur heutigen Situation der Gesamteinkünfte lediglich auf die in den Anworten zu den Fragen 4 und 5 berichteten Daten über die mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechneten Leistungen verwiesen werden.

9. Ist in den neuen Bundesländern die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung in allen Fachgebieten gesichert?

10. Wie will die Bundesregierung der Entwicklung entgegenwirken, dass frei werdende Arztsitze gerade in den ländlichen Regionen in den neuen Bundesländern nicht mehr besetzt werden können und dieser Trend sich zunehmend verschärft?

Die flächendeckend ambulante Versorgung ist nach Auffassung der Bundesregierung weitgehend gesichert. Dies gilt uneingeschränkt für die fachärztliche Versorgung. Dort ist ein Großteil der Planungsbereiche (ca. 80 %) wegen Überversorgung gesperrt. Die Versorgung ist im überwiegenden Teil der neuen Bundesländer auch in der hausärztlichen Versorgung sichergestellt. Derzeit liegt der Versorgungsgrad in den neuen Bundesländern in der hausärztlichen Versorgung

in keinem Planungsbereich unter 75 % des bedarfsgerechten Versorgungsgrades, ab dem nach den rechtlichen Vorgaben von einer Unterversorgung auszugehen ist. Allerdings ist aufgrund der ungünstigen Altersstruktur mit verstärktem Ausscheiden von Hausärzten zu rechnen, sodass es zu lokalen Versorgungsengpässen kommen kann. Hier sieht das GKV-Modernisierungsgesetz eine Reihe von Maßnahmen vor, die dazu beitragen, dass lokale Versorgungslücken geschlossen werden können. Zu nennen sind hier die in der Antwort zu Frage 7 erläuterte Erhöhung der Gesamtvergütung in den neuen Bundesländern um 3,8 % in den Jahren 2004 bis 2006, die Möglichkeit, den Vertragsärzten „Sicherstellungsprämien“ in Form von Zuschlägen zum Honorar zu zahlen, die Öffnung von Krankenhäusern für unterversorgte Regionen sowie die Möglichkeit der Errichtung medizinischer Versorgungszentren, die mit angestellten Ärzten an der ambulanten Versorgung teilnehmen können. Darüber hinaus wird sich eine Arbeitsgruppe des Bundes und der Länder mit der Versorgungssituation beschäftigen. Mit den Ergebnissen dieser Arbeitsgruppe ist Mitte des kommenden Jahres zu rechnen.



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Amsterdamer Str. 192, 50735 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Telefax (02 21) 97 66 83 44
ISSN 0722-8333